**ANEXO N°5**

 **ACTIVIDADES DE FORMACIÓN MÉDICA CONTINUA**

**NOMBRE DEL POSTULANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CUADRO RESUMEN CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO**

**NOTA:** Ordenar los Cursos de Perfeccionamiento por certificado adjunto.

**Fotocopiar esta página cuando sea necesario.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO** | **NOTA** | **Nº HRS.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**NOTA:**

**1. Adjuntar certificado emitido por la entidad académica formadora.**

**2. Puede adjuntar el Registro de Capacitación que contenga el nombre del curso, año, horas realizadas, nota de aprobación, entidad que realiza la capacitación. Con timbre y firma Jefe de Capacitación.**

**3. No se otorgará puntaje a los postulantes que se encuentren cursando la capacitación.**